

4. При применении рекомбинантного человеческого эритропоэтина развитие анемии происходит на 60% реже, в случае ее возникновения течение характеризуется легкой или средней тяжестью. В случае применения препаратов крови в лечении анемии течение последней принимает волнообразный характер, что связано с угнетением эритропоэза.

Литература:

1. Дегтярев, Д.Н. Современные представления о патогенезе и лечении анемии у недоношенных детей / Д.Н. Дегтярев, Н.А. Курмашева, Н.Н. Володин // Лекции каф. неонатологии ФУВ РГМУ. – 1994. – 215 с.

2. Морщакова, Е.Ф. Эритропоэз и его регуляция в эмбриональном, фетальном и неонатальном периодах / Е.Ф. Морщакова, А.Д. Павлов, А.Г. Румянцев // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 1999. – Т. 44, № 3. – С. 12–16.

3. Румянцев, А.Г. Эритропоэтин. Биологические свойства. Возрастная регуляция эритропоэза. Клиническое применение / А.Г. Румянцев, Е.Ф. Морщакова, А.Д. Павлов. – М. : Москва, 2002. – 290 с.

4. Кишкун, А.А. Клиническая лабораторная диагностика : учеб. пособие/ А.А. Кишкун. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 720 с.

5. Неонатология: национальное руководство / Володин Н.Н [и др.] ; под ред. Н.Н. Володина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.

УДК 618:616-009.12

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Радецкая Л.Е., Мацуганова Т.Н., Бресский А.Г., Дуко В.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Цель. Оценить социально-анамнестические факторы, эффективность лечения, исходы беременности и родов у беременных с гипертензивными расстройствами.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 95 историй родов женщин с гипертензивными состояниями, родоразрешенных в акушерском стационаре УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2016-2017 годах. Полученные данные представлены в виде медианы (Me), 25-го и 75-го перцентилей (Q1; Q3), в группах с нормальным распределением – в виде среднего значения (M) со стандартным отклонением (σ). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Согласно классификации МКБ-10, все беременные с повышенным артериальным давлением (АД) были разделены на 3 группы. Гестационная артериальная гипертензия (ГАГ) имела место у 48,8% беременных с АГ (1 группа), умеренная преэклампсия (ПЭ) – в 12,5% случаев, хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) – в 25,0% случаев. Контрольную группу составили 30 здоровых родильниц.

Среди пациенток с АГ при беременности 50,0% были в возрасте 21-30 лет, 44,0% – старше 31 года, до 20 лет – 6,0%. В контрольной группе в возрасте 21-30 лет находились 76,7% беременных, а старше 31 года – 23,3% женщин. В зарегистрированном браке состояли 96,7% женщин в контрольной группе, 78,6% – в группах с АГ ($p < 0,05$). Из сопутствующих заболеваний при гипертензивных расстройствах чаще встречались нарушения жирового обмена (25,7-36,9%, в контрольной группе – 6,7% ($p < 0,05$), малые аномалии сердца (в 1-й группе – у 34,3%, во 2-й – у 20,0%, в 3-й группе – у 42,1%, в

контрольной группе – 7%) ($p < 0,05$) и миома матки. Последняя в контрольной группе не выявлялась, в 1-й группе была обнаружена у 22,9%, во 2-й – у 6,7%, в 3-группе в 47,4% случаев.

Умеренная преэклампсия возникала в 36(34;38) недель гестации, гестационная гипертензия – в 37(37;39) недель, ХАГ потребовала госпитализации в 35(33;37) недель гестации. Критерием для направления в стационар являлось АД 130/90 мм рт.ст. и выше, для ПЭ оно составило $143 \pm 6,8/94 \pm 6,8$ мм. рт. ст.

У 80,0-84,2% беременных женщин с гипертензией были отеки 1 и 2 степени. Среднее количество белка в порции мочи в 1-й группе составило $0,11 \pm 0,08$ г, во 2-й – $1,04 \pm 0,9$ г. Достоверного снижения уровня протеинурии удавалось добиться только после родоразрешения. ХАГ осложнилась развитием ПЭ у 21,0% беременных. Синдром задержки роста плода в контрольной группе не встречался, у беременных с АГ – выявлялся в 14,3 -10,5% ($p = 0,05$).

В стационаре терапия начиналась с введения диазепама 0,5% раствора 2,0 мл однократно и магния сульфата 25% (10 или 20 мл). В лечении пациенток всех трех групп применялись блокаторы “медленных” кальциевых каналов и β -адреноблокаторы. В лечении пациенток с ХАГ в 3 случаях назначалась метилдопа, в 2 – фуросемид. Для нормализации объема циркулирующей крови применялись: 6% гидроксипропилированный крахмал или гамовен, глюкоза 5 и 10%, раствор Рингера. Для улучшения маточно-плацентарного кровотока и реологических свойств крови использовали актовегин, дипиридамол, диаветол, эуфиллин. Широко применялись надропарин (фраксипарин 0,3 мл) и дальтепарин натрия (фрагмин 2500 МЕ). Следует отметить, что значительных отличий в препаратах и дозировках в лечении беременных разных групп не было.

Во всех группах в первые-третьи сутки после госпитализации уровень систолического АД на фоне лечения снизился до 120-130 мм. рт. ст., диастолического – 70-80 мм. рт. ст. Достигнутые параметры АД были ниже целевого (безопасного) уровня АД, определяемого как 130-150 мм рт. ст. для систолического и 80-95 мм рт. ст. – для диастолического АД [1]. У 26,1% беременных на фоне снижения диастолического АД до 70-80 мм рт. ст. потребовалось досрочное родоразрешение в связи с критическим состоянием плода. В 58,3% случаев родоразрешение было оперативным, а основными показаниями к родоразрешению стало нарушение маточно-плацентарного кровотока 2-3 степени, в также прогрессирование протеинурии как показателя нарастания тяжести гестоза. Согласно современным критериям для досрочного родоразрешения, нарастания протеинурии недостаточно для досрочного завершения беременности. Как показал анализ, применение новых критериев начала лечения АГ при беременности и показаний для экстренного родоразрешения, принятых в 2017 году, влечет за собой более бережное ведение беременности и, возможно, уменьшение числа оперативных родоразрешений.

При сравнительном анализе состояния новорожденных наименее благоприятные исходы беременности были отмечены во 2-й группе, где преждевременное родоразрешение было проведено у 25% женщин. Дети в этой группе, как правило, при рождении имели гипоксию легкой степени, 5% детей потребовалась искусственная вентиляция легких длительностью от 1 суток до 5 суток, 28,6% – перевод в детскую больницу. Основными причинами для госпитализации стали: недоношенность 29-37 недель (82,6%), умеренная гипоксия в родах (43,4%), церебральная депрессия (47,8%), врожденная пневмония (17,3%). Общая заболеваемость детей составила 33,3%.

В послеродовом периоде у всех женщин АГ нормализовалось в течении первых 3 суток, исчезли отеки и протеинурия.

Заключение. В структуре гипертензивных расстройств у беременных г. Витебска лидирующую позицию занимала ГАГ (48,8%), на втором месте была ХАГ (25,0%).

Умеренная ПЭ встречалась у 12,5% беременных с АГ. В наиболее ранние сроки беременности – 35(33;37) недель – повышалось АД при ХАГ.

Для беременных с гипертензией было характерно: возраст старше 31 года, наличие сопутствующей патологии – МАС, НЖО и миомы матки, которые развивались в 4-6 раз чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

Если при ХАГ беременность, как правило удавалось пролонгировать до доношенного срока (на 2-4 недели), при ПЭ 50% пациенток были родоразрешены в течение первых 3 суток после поступления в стационар, что сопровождалось неблагоприятными исходами для плода: заболеваемость новорожденных составила 33,3%; 28,6% детей были переведены в детскую больницу.

Литература:

1. Макаров, О.В. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты / О.В. Макаров, О.Н. Ткачева, Е.В. Волкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

УДК 616.24-002-036.1-053.31

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Рябова Т.М., Жукова Л.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

Введение. Разработка объективных методов прогнозирования развития бронхолегочных заболеваний с учетом модифицирующих факторов риска оказывается весьма актуальной.

Цель. Определение по данным клинико-anamnestического обследования факторов риска развития острых пневмоний у детей первого года жизни.

Материал и методы. Клиническое динамическое наблюдение осуществлялось за 121 ребенком в возрасте от 1 до 6 месяцев, находившимися на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации, в детском инфекционном боксированном отделении УЗ «ВОДКЦ». Средний возраст больных составил $2,6\pm 1,27$ месяцев. Мальчиков было 74 (средний возраст – $2,6\pm 1,35$ месяцев), девочек – 47 (средний возраст – $2,5\pm 1,14$ месяцев).

Обследованные нами дети были разделены на две группы. Первую группу составили 73 ребенка с типичными клиническими проявлениями острой внегоспитальной пневмонии, вторую группу – 48 детей с атипичным течением заболевания.

В качестве контроля обследовано 50 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 6 месяцев (средний возраст $2,5\pm 1,14$ месяцев), которые не болели острыми заболеваниями нижних дыхательных путей. Обработку данных, статистический анализ производили с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0. Достоверность отличий оценена методом кросстабуляции (2×2) с помощью точного критерия Фишера двустороннего.

Результаты и обсуждение. Клинико-anamnestическое обследование проводили по общепринятым правилам. Особое внимание уделяли наличию модифицирующих факторов заболевания. Анализируя анамнез, мы выявляли ряд эндогенных факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания: отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям и по бронхолегочной патологии, осложненное течение беременности и родов, недоношенность, патология перинатального периода (асфиксия новорожденного, церебральная ишемия, нарушение конъюгации билирубина),